

Urgences psychiatriques chez les personnes âgées

Les situations de crise sont fréquentes chez le sujet âgé dominées par la dépression – avec un risque suicidaire 3 à 4 fois plus important que celui du sujet jeune – les états délirants, les troubles du comportement chez le dément et un sujet tabou : la maltraitance.

Jacqueline Zinetti, Jacques Daraux, Fabienne Ploskas

La vieillesse, ponctuée de pertes et de deuils, est une période critique de l'existence humaine. Au-delà d'un certain degré de souffrance des situations de crise peuvent surgir, se manifestant par des troubles psychopathologiques variés qui exigent des réponses rapides.

Nous avons abordé 4 formes d'urgences psychiatriques : les états dépressifs, les manifestations délirantes, l'agitation et (ou) l'agressivité chez le dément, et la maltraitance.

Les 3 premières sont les plus fréquentes et sollicitent constamment le médecin dans sa pratique quotidienne. Quant à la maltraitance du sujet âgé, mal connue du praticien, elle est de ce fait sous-diagnostiquée, alors qu'elle nécessite des interventions thérapeutiques voire juridiques rapides.

ÉTATS DÉPRESSIFS

L'appréciation du risque suicidaire doit être la préoccupation majeure du médecin confronté à un sujet âgé déprimé, surtout lorsqu'on sait que chez le vieillard le suicide est 3 à 4 fois plus fréquent que chez le sujet jeune.¹ Il plane sur ce phénomène social une grande discrétion peut-être liée au fait qu'il ne représente qu'un faible pourcentage des décès qui surviennent à cet âge (environ 1 %). Chez le patient âgé, le risque suicidaire est majoré par 2 facteurs :

- l'existence d'un deuil récent (conjoint, enfants) ;
- la thymie dépressive souvent masquée.

Particularités liées à l'âge

Il est donc essentiel de connaître les particularités de la dépression à cet âge et l'atypicité de son expression clinique :

- *troubles cognitifs* : les manifestations anxio-dépressives, qu'elles soient réactionnelles à un événement douloureux ou liées à un accès mélancolique récurrent, peuvent être entièrement représentées par des altérations de l'efficacité intellectuelle ; le risque est d'émettre une réponse trop rapide et délétère en assénant un verdict guillotine d'état démentiel, souvent associé à une demande de « placement » ;

- *plaintes hypochondriques* ; elles sont souvent associées à un déni de toute problématique anxio-dépressive ;

- *troubles du comportement* ; la dépression « hostile » s'accompagne d'une agressivité verbale ou physique et d'attitudes d'opposition qui peuvent aussi masquer le noyau dépressif ;²

- *manifestations délirantes et (ou) hallucinatoires* ; notamment au cours de certains deuils pathologiques, des discussions avec le défunt disparu et halluciné ne sont pas rares ; la symptomatologie psychotique est ici un moyen de dénier la mort et de lutter contre l'effondrement dépressif ;³ le délire revêt parfois un caractère persécutif.

URGENCES PSYCHIATRIQUES PERSONNES ÂGÉES

Conduite à tenir**Traitement médical**

Un traitement antidépresseur peut être associé, si besoin, à un anxiolytique. Il faut privilégier les sérotoninergiques aux effets secondaires limités, qui n'altèrent pas les fonctions cognitives. Ils entraînent parfois des hyponatrémies et nécessitent des contrôles sanguins réguliers.

La mirtazapine (sérotoninergique et noradrénergique) est très orexigène et sa prescription est recommandée dans les états dépressifs accompagnés d'une perte d'appétit importante, la dénutrition pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Décider l'hospitalisation

Le médecin généraliste évalue au mieux la gravité du syndrome dépressif et du risque suicidaire. Les symptômes d'alarme sont en rapport avec l'intensité :

- de l'anorexie et de l'amaigrissement ;
- des troubles du sommeil ;
- du ralentissement psychomoteur ;
- des plaintes somatiques ;
- du retrait social.

Si le patient s'oppose aux soins, le généraliste peut être amené à demander une hospitalisation à la demande d'un tiers, en milieu spécialisé.

MANIFESTATIONS DÉLIRANTES

Il n'est pas toujours facile de distinguer la bouffée féconde d'une maladie chronique (psychose hallucinatoire chronique, schizophrénie « vieillie »...), d'un délire d'apparition tardive.

C'est l'entourage qui apporte les renseignements nécessaires au diagnostic et à l'orientation thérapeutique.

Les délires chroniques

Ils s'appauvrissent au fil du temps, notamment le délire paranoïde des schizophrènes. Ils peuvent être ponctués d'épisodes aigus dominés par des thèmes persécutifs qui entraînent souvent des troubles du comportement : agitation, hétéro-agressivité, errances. Les épisodes aigus exigent souvent une hospitalisation dans un service spécialisé. Le cadre, la rassurance verbale et un traitement neuroleptique antidélirant (Risperdal 1 mg/j, Zyprexa 5 mg/j, Haldol 1 à 5 mg/j) permettent très souvent une régression rapide de la symptomatologie bruyante.

Si le patient est adressé à un milieu psychiatrique, il est préférable de ne prescrire préalablement que des neuroleptiques sédatifs afin de ne pas décapiter la symptomatologie.

Lorsque le malade est connu de longue date du secteur psychiatrique, il est recommandé de contacter le psychiatre référent afin d'organiser une consultation d'urgence ou une visite à domicile.

Le délire tardif inaugural

Le médecin est ici confronté à une interrogation, l'existence ou non, chez le patient, d'une personnalité pré-morbide.

L'anamnèse du sujet âgé n'est pas toujours facile à reconstituer, mais dans la majorité des cas nous avons affaire à des individus qui n'ont jamais été hospitalisés en milieu spécialisé, et qui n'ont jamais connu de suivi psychiatrique.

Dans ce type de délire, le degré d'urgence s'apprécie surtout en fonction de la réaction de l'entourage familial, souvent très déstabilisé par la nouveauté du délire, et par les thèmes dont certains sont très spécifiques du grand âge :

- *idées de préjudice* : les difficultés de fixation mnésique peuvent être à la base d'un délire de préjudice ; accuser les autres d'un vol permet au sujet âgé de ne pas se confronter à ses problèmes de mémoire ;⁴ l'entourage est souvent mis en accusation, ce qui entraîne tensions et conflits ;

- *délire du compagnon tardif* : le patient dialogue avec des êtres hallucinés, décédés le plus souvent, ce qui inquiète toujours beaucoup les proches ;⁵

- *syndrome d'Eckbom* : ce délire, à ectoparasites, est plus rare. Il s'agit presque toujours de femmes qui « voient » des parasites, des petits animaux courir sur la peau et pénétrer à l'intérieur de leur corps.⁶

- *syndrome de Charles Bonnet* : c'est un syndrome hallucinatoire visuel des patients atteints d'ophtalmopathies.

Ces manifestations délirantes marquent souvent l'entrée dans un processus démentiel ; elles peuvent s'accompagner d'une rupture discrète mais transitoire avec la réalité, ou évoluer vers un état chronique.

L'hospitalisation peut être évitée après discussion avec le patient et sa famille si les troubles du comportement engendrés par le délire sont mineurs, et si le malade se montre observant vis-à-vis des thérapies proposées.

Délires chroniques ou délires récents expriment très souvent une rencontre entre un événement vital, qui ne peut être métabolisé, et une problématique ancienne.

D'où l'importance, pour le psychiatre ou le médecin des urgences, de repérer le contexte de leur apparition.

ÉTATS D'AGITATION ET D'AGRESSIVITÉ CHEZ LE PATIENT DÉMENT

Agitation et agressivité entraînent rapidement des réactions d'épuisement du milieu familial et motivent les demandes de soins en urgence. Le risque est d'aboutir à une demande de placement dans la précipitation ; cette décision a toujours des conséquences déplorables sur l'individu et sa famille lorsqu'elle est prise en période de crise.

L'agitation se manifeste surtout par des déambulations incessantes, diurnes ou nocturnes, des attitudes brouillonnes, des fugues.

L'agressivité, qu'elle soit verbale ou physique, a souvent un caractère inhabituel qui surprend douloureusement conjoint et enfants.⁷

Ces troubles du comportement révèlent une problématique sous-jacente que le sujet dément ne peut verbaliser⁷ et que le praticien doit tenter de repérer dans une approche multidimensionnelle, à la recherche de causes :

- *organiques* : fécalome, globe vésical, états douloureux, infection, déséquilibre métabolique, troubles cardiovasculaires ;

- *psychologiques* : angoisse massive que peut entraîner la perte totale des repères ou une contrariété environnementale parfois mineure, d'où l'importance du dialogue avec les familles.

Une thymie dépressive ou des manifestations hallucinatoires peuvent fréquemment générer ces troubles.

Le traitement est évidemment étiologique, mais dans la pratique, retrouver une cause est souvent difficile : patient agité, avec troubles du langage, opposant, incapable de se souvenir et de restituer les causes de son trouble.

C'est pourquoi le plus souvent le traitement est symptomatique :

- *pharmacologique* : neuroleptiques (Tiapridal souvent prescrit en première intention : 50 à 300 mg/j ; Melleril : 15 à 30 gouttes/j ; Loxapac 10 à 50 gtt/j) ; benzodiazépines qui peuvent être plus efficaces que des neuroleptiques face à une agitation anxieuse (Lexomil 1/4 à 1/2 comprimé à renouveler si besoin ; Xanax 0,25 à 0,50 mg à renouveler si besoin ; Tranxène intramusculaire 10 à 20 mg) ; antidépresseurs, sédatifs de préférence (Deroxat, Athymil, Norset) ;

- *relationnel* : rassurance verbale ;

- *contention* à proscrire, ou exceptionnelle et sur une courte durée ; elle est accompagnée d'un traitement sédatif.

Si l'entourage a bien du mal à repérer les facteurs déclenchants de la crise, sa présence est indispensable, car c'est à travers son discours que les informations nécessaires sont transmises au médecin (début des troubles, évolution, antécédents psychiatriques et organiques...).

MALTRAITANCE

La maltraitance envers les personnes âgées est un sujet tabou et difficile à combattre à cause du silence des victimes.

Elle implique la mobilisation de chacun et une bonne formation des professionnels qui doivent la diagnostiquer et intervenir de façon adaptée.

Le degré d'urgence

Le degré d'urgence s'apprécie en fonction de la gravité du sévère et de sa forme :

- *violences physiques* qui mettent parfois en jeu la vie du patient : coups, bousculade, violences sexuelles provoquant hématomes, plaies, fractures, saignement génital ;

- *violences morales* plus difficiles à mettre en évidence : insultes, menaces, mises à l'écart ;

- *violences médicamenteuses* par excès de sédatifs ou, parfois, par interruption de médicaments essentiels ;

- *négligences* qui se définissent par la privation d'hygiène, de boisson ou de nourriture.

Les sévices avec stigmates de violence physique, s'ils ne sont pas les plus fréquents, représentent néanmoins 30 % des cas de maltraitance et interpellent directement le médecin dans sa fonction de clinicien, et dans sa responsabilité médico-juridique.

Ecchymoses et abus de tranquillisants représentent plus de 80 % des violences physiques.

Le médecin doit aussi évoquer une possibilité de maltraitance face à certains désordres psychologiques du sujet âgé : agitation anxieuse, état confusionnel, délire de persécution, état dépressif avec tentative de suicide.

Le praticien qui constate des blessures suspectes ou des troubles du comportement pour des motifs qui semblent en désaccord avec les explications de la famille doit se soumettre à une réflexion critique.

Pour la pratique

- Il est important de connaître l'atypicité des symptômes de la dépression qui est souvent sous-diagnostiquée chez le sujet âgé et sous traitée, ce qui favorise le passage à l'acte suicidaire ; l'hospitalisation est nécessaire en cas de dépression grave pour éviter ce risque.
- Savoir différencier un délire chronique d'un délire d'apparition tardive pour une prise en charge plus adaptée. La personne âgée délirante observe rarement le traitement pharmacologique, d'où l'intérêt pour éviter les rechutes de veiller à l'introduction d'un tiers familial ou professionnel qui dispense le traitement.
- Agitation et agressivité risquent d'entraîner un rejet familial ou institutionnel, d'où la nécessité de prescrire un traitement pharmacologique adapté. Cependant, attention de ne pas être trop efficace, car les réactions agressives du grand âge révèlent une bonne énergie vitale et sont à préserver. Il est important de dialoguer avec le patient et sa famille pour rechercher d'éventuels facteurs déclenchants.
- Face à la maltraitance du sujet âgé, le degré d'urgence s'apprécie en fonction du sévère et de sa forme : violences physiques, violences morales, violences médicamenteuses, négligences.
- Si le sujet est soumis à un environnement agressif voire dangereux, le médecin doit :
 - aider la personne âgée à rompre la loi du silence ;
 - savoir maintenir le dialogue avec l'agresseur qui est souvent un proche ;
 - faire un signalement à la DDASS ou au procureur de la République dans les cas graves.

URGENCES PSYCHIATRIQUES PERSONNES ÂGÉES

Les vieillards maltraités sont discrets, voire silencieux par rapport à ce qu'ils subissent, car des liens ambivalents les rattachent souvent à leurs agresseurs, surtout lorsque l'on sait que l'auteur des sévices appartient au cercle familial dans 85 % des cas, et vit avec la victime dans 75 % des cas.⁸

Que faire en cas de maltraitance ?

Il faut :

- aider la personne âgée à rompre la loi du silence en prenant le temps de discuter longuement avec elle ;
- maintenir le dialogue avec l'auteur des maltraitances, car souvent des liens ambigus mais forts existent entre celui-ci et la personne âgée ;
- obtenir un maximum d'informations auprès des différents intervenants qui s'en occupent.

Si un vieillard ayant des handicaps physiques et (ou) intellectuels est soumis à un milieu agressif et dangereux, il faut *dénoncer la maltraitance à la police et faire un signalement au procureur de la République*. Cette intervention déclenche une enquête et peut entraîner des mesures immédiates de protection.

L'obligation de respecter le secret professionnel est levée lorsqu'il y a vulnérabilité de la victime (âge, état psychique ou physique).

Cependant, la position du médecin n'est pas toujours facile, car s'il doit dénoncer la maltraitance et y mettre fin, il ne peut dénoncer le coupable présumé.⁹

En situation d'urgence, l'hospitalisation a pour intérêt de protéger la victime d'une façon immédiate, et permet, dans un second temps, de comprendre les causes de la maltraitance et d'y mettre fin en proposant au milieu familial (parfois épuisé par la prise en charge d'un patient dément) des aides sanitaires et sociales.

CONCLUSION

La crise du patient âgé déstabilise son entourage, en particulier la personne qui l'aide le plus et à qui il faut proposer des aides (psychologiques, paramédicales, sociales).

Il est essentiel de maintenir le dialogue avec la famille, ce qui permet de repérer la qualité des liens qui la rattache à la personne âgée, et permet au praticien de choisir la solution thérapeutique la plus bénéfique à l'ensemble de l'économie familiale.

Il faut savoir adresser le vieillard à temps, en milieu spécialisé, et échapper aux poncifs qui considèrent qu'une hospitalisation aggrave systématiquement ses troubles en supprimant les repères familiaux. Le séjour hospitalier permet une guérison partielle ou totale et la mise en place d'un suivi qui favorise les chances de maintien au domicile.

Le lieu d'accueil le plus adapté pour la personne âgée présentant des troubles psychopathologiques aigus est le service de géro-psychoiatrie qui permet une prise en charge multidimensionnelle. Malheureusement, ces structures sont

très rares en France, et le plus souvent le médecin généraliste doit orienter le patient vers le secteur psychiatrique ou une clinique psychiatrique.

Jacqueline Zinetti, Jacques Daraux, Fabienne Ploskas

Service de gérontopsychiatrie

Hôpital Bretonneau

75885 Paris Cedex 18

Jacqueline.zinetti@brt.ap-hop-paris.fr

SUMMARY Psychiatric emergencies with the elderly

If it is common place to claim that old age is not a disease, however the losses and mournings related to that stage of life generate the production of acute psychopathological disorders. A few of them will be approached and treated as emergencies and required from the physician a good command of their existence and of specificities : atypical depressive disorders stressed by the risk of suicide, sifs of delusions some themes of wich are typical of senescence, excitement and aggressiveness inherent to dementia. As to the ill-treatment of the elderly often under-diagnosed, it requires urgent interventions both clinical and even juridical.

Rev Prat 2003 ; 53 : 1197-1200

RESUMÉ Urgences psychiatriques chez les personnes âgées

S'il est classique d'énoncer que la vieillesse n'est pas une maladie, les pertes et les deuils inhérents à cette étape de la vie favorisent l'éclosion de troubles psychopathologiques aigus. Certains doivent être abordés et traités en urgence et exigent du praticien une bonne connaissance de leur existence et de leur spécificité : états dépressifs atypiques dominés par le risque suicidaire, épisodes délirants, dont certains thèmes sont spécifiques de la sénescence, agitation et agressivité des états démentiels. Quant à la maltraitance du sujet âgé, souvent sous-diagnostiquée, elle nécessite des interventions cliniques voire juridiques urgentes.

RÉFÉRENCES

1. **Lemperièr T.** La dépression de sujet âgé. Paris : Masson, 1997 : 157 pp.
2. **Monfort JC.** Les dépressions des personnes âgées. Que sais-je ? La psychogériatrie. Paris : PUF : 52.
3. **Zinetti J, Lecompte F.** Prise en charge de l'environnement des patients en psychiatrie. La personne âgée dépressive. Éditions scientifiques L et C, volume 1 : 31-5.
4. **Cordeiro JD.** Conduites délirantes chez l'âge. *Psychol Med* 1989 ; 21 : 1125-31.
5. **Clément JP, Paulin S, Léger JM.** Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion, ch. 18 : 202-15.
6. **Ducroix C.** Le syndrome d'Ekbom Nervure, tome X - n° 9. 1997. janvier 1998 : 2105.
7. **Hottin P.** Démence et approche des troubles de comportement. *Ann Psychiatr* 1996 ; 11 : 25-9.
8. **Hugonot R.** La vieillesse maltraitée. Paris : Dunod, 1998 : 236 pp.
9. **Zinetti J, Rabus MT, Dare F.** Les parents maltraités, aspects juridiques et psychologiques. *Inform Psychiatr* 1995 ; 71 : 781-6.